PŘIHLÁŠKA člena odborové organizace

Odborová asociace laborantů a pracovníků ve zdravotnictví v Nemocnici Pardubického kraje, a.s. (OALPZ)

Touto přihláškou žádám o registraci členství ve výše uvedené odborové organizaci.

Jméno a příjmení:

Titul:

Datum narození:

Bydliště (ulice, čp., PSČ, obec):

Doručovací adresa:

Telefon:

E-mail:

Pracuji v nemocnici: Pardubice Chrudim Ústí nad Orlicí Litomyšl Svitavy

Pracovní zařazení:

Souhlasím, aby odborová organizace OALPZ za účelem mého členství, zejména vedení členské evidence, uplatňování mých práv a zájmů, zpracovávala výše uvedené osobní údaje, včetně údaje o členství v odborové organizaci.

Datum:

Podpis:

OALPZ projednal přihlášku a souhlasí se členstvím.

V dne

Podpis